

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 91.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS LIGNEUSES PÉRIURÉTRALES

ET DE LEUR

DÉGÉNÉRESCENCE NÉOPLASIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André SAUVAGE

INTERNE DES HOPITAUX DE GRENOBLE

Né à Châteauroux (Indre), le 8 février 1885.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS LIGNEUSES PÉRIURÉTRALES
ET DE LEUR
DÉGÉNÉRESCENCE NÉOPLASIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 91.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS LIGNEUSES PÉRIURÉTRALES

ET DE LEUR

DÉGÉNÉRESCENCE NÉOPLASIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André SAUVAGE

INTERNE DES HOPITAUX DE GRENOBLE

Né à Châteauroux (Indre), le 8 février 1885.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 23
PARIS

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, CAZENEUVE, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. BEAUVISAGE GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. ROQUE. COLLET. PAVIOT. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL, —

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC,	MM. COMMANDEUR.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN, ch.
COURMONT (P.)	GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT, Ch.
CHATIN.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
VILLARD.	PATEL.	NOGIER.	
TIXIER.	J. LEPINE.	LATARJET, ch.	
REGAUD.	LESIEUR.	BÉRIEL, ch.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, Président; M. ROCHET, Assesseur;
MM. TIXIER et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance pour leur sollicitude inaltérable et les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MES SŒURS

En reconnaissance de notre enfance heureuse.

A MON ONCLE CHARLES SAUVAGE

Qui nous a traité en mainte occasion comme son propre fils.

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES COUSINS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIRARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Croyez bien, mon cher Maître, que je ne trouverai jamais de mots assez éloquents pour vous remercier de vos leçons, et de la confiance que vous m'avez marquée pendant les mois trop courts où j'ai été votre interne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIOL

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, CHIRURGIEN EN CHEF DES HÔPITAUX

Faible témoignage de reconnaissance pour les excellentes leçons que j'ai reçues de lui, et pour l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORTE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

Dont l'enseignement et les leçons au
lit du malade m'ont été si profitables.

LES DOCTEURS BERTHOLLET, COMTE, DES-
CHAMP, JACQUEMET, FERMIER,
GAUTHIER, GOTTELAND, CIBERT,
TRAVERSIER, SALVA-BOSQUETTE,
BESSON ;

soit dans les hôpitaux, soit à l'Ecole
de Médecine, nous ont prodigué leurs
leçons et leurs conseils, et nous ont
toujours manifesté la plus grande
bienveillance. Qu'ils reçoivent ici le
témoignage de notre grande recon-
naissance.

MESSIEURS ROUX ET AUDAU

CHEFS DE CLINIQUE

Ont guidé nos premiers pas, ils ont
droit à tous nos remerciements.

Je remercie

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

du grand honneur qu'il m'a fait en
acceptant la présidence de ma thèse.

J'adresse mes plus sincères remerciements

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
m'a guidé de son expérience et de ses
conseils, et m'a témoigné la plus grande
affabilité.

INTRODUCTION

Le but de ce modeste travail n'est point de faire une revue détaillée de tout ce qui a été écrit ou observé au sujet des tumeurs ligneuses périurétrales.

Il nous a paru cependant que ce chapitre de la pathologie des voies urinaires manquait souvent de développements et que la majorité des auteurs se contentaient d'y faire allusion: nous nous sommes proposé, en conséquence, sur les conseils et indications de M. le professeur agrégé Patel, de faire quelques recherches sur ce sujet.

Les tumeurs ligneuses périurétrales ne sont pas absolument rares, et il n'est point de clinicien qui n'ait eu l'occasion d'en observer plusieurs cas: ce qui est plus rare, c'est leur dégénérescence néoplasique. Celle-ci est bien signalée par la majorité des auteurs, mais les observations en sont peu nombreuses, nous aurons l'occasion d'en rapporter une inédite, avec photographie, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Patel, à qui nous adressons encore une fois nos remerciements.

Sous le nom de tumeurs ligneuses périurétrales, nous aurons surtout en vue les modifications de consistance, de forme et de volume du tissu périnéo-scrotal, consé-

cutives à certaines affections chroniques de l'urètre et d'une façon presque exclusive dues à la présence de fistules périnéo-scrotales multiples.

Les fistules périnéo-scrotales sont, en outre, susceptibles de donner naissance à des productions, qui par leur constitution, peuvent être rapprochées des tumeurs ligneuses, ces productions ont été dénommées fibromes élephantiasiques du scrotum, par le professeur Guyon; Voillemier (thèse de Coeteau), se basant, dans un cas, sur l'examen histologique, leur a donné le nom de myomes fibreux. Nous aurons l'occasion, au cours de ce travail, de dire quelques mots au sujet de ces tumeurs.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les tumeurs ligneuses périurétrales constituent une complication des fistules urétrales, et ne sauraient guère exister sans elles. Nous serons très bref sur l'étiologie et la pathogénie bien connue de ces fistules.

À l'origine, on trouve un rétrécissement, le plus souvent serré de l'urètre, rétrécissement d'origine blennorrhagique ou traumatique, voire tuberculeuse, à la faveur duquel s'installe des inflammations périurétrales. Ces inflammations, dues à la migration des microbes qui pululent en amont du rétrécissement, à travers les parois de l'urètre, comme l'a démontré l'école de Necker, varient en intensité, selon la nature, la quantité, la virulence des microbes, selon la gravité des lésions urétrales. Elles affectent, soit un processus aigu, sous forme de phlegmon urinaire diffus, ou d'abcès urinaire, soit un processus chronique, sous forme d'abcès urinaire chronique, de tumeurs urinaires. Ces abcès urinaires chroniques, qui nous intéressent plus particulièrement au point de vue de la pathogénie des fistules, ont donc une origine analogue à celle des abcès aigus, mais la faible virulence des microorganismes, au lieu de s'y manifester par une tendance à la diffusion, s'y traduit au contraire par la for-

mation d'une suppuration peu abondante engainée de tissus scléreux; l'épaisseur de cette gaine est quelquefois telle, que l'abcès prend alors le nom de tumeur urineuse. Du foyer central de cet abcès, qui se trouve presque toujours situé dans la région périanale, sur un des côtés de l'urètre, partent des fusées secondaires qui s'ouvrent elles-mêmes à la peau, ou aboutissent à d'autres clapiers, qui sont eux-mêmes le point de départ de fusées, et c'est ainsi que la peau du périnée et des bourses peut se trouver sillonnée de plusieurs fistules à trajets plus ou moins contournés. Les fusées purulentes et les fistules qu'elles engendrent peuvent, du reste, envahir le creux ischio-rectal, les fesses, les cuisses, les aines, et même s'ouvrir à l'angle inférieur de l'omoplate, comme dans un cas de Cruveilhier.

La cavité de l'abcès ne communique pas toujours avec l'urètre, son contenu peut se vider uniquement dans ce canal, ou se faire jour uniquement à l'extérieur, mais, le plus souvent, il y a communication avec l'extérieur et avec l'urètre, et l'urine passe alors en totalité ou en partie par les fistules.

Il n'existe ordinairement qu'un seul orifice interne. « Il est rare, dit Civiale, qu'une fistule urinaire ait plusieurs orifices internes, cependant, j'en ai rencontré quelques exemples, mais on voit souvent des fistules urinaires qui ont un grand nombre d'orifices extérieurs. L'urine, en suivant le trajet primitif, irrite par son contact les tissus qui ne sont point destinés à la recevoir, de petits abcès se forment en-dessous des téguments et s'ouvrent d'eux-mêmes, si l'on n'y porte pas le bistouri, de là résultent de nouvelles fistules, dont l'orifice interne communique

avec le trajet primitif, tandis que l'externe en est plus ou moins éloigné, c'est ainsi que se forment les embranchements des fistules qui sont quelquefois fort nombreuses, car j'en ai compté jusqu'à cinquante-deux chez un même individu. »

Quoi qu'il en soit de leur pathogénie, les fistules urétrales se compliquent de lésions secondaires dont la plus fréquente est l'induration des parties molles qui entourent leur trajet. Cette induration appréciable sous la forme d'un cordon isolé, lorsque la fistule est unique, est susceptible, surtout s'il y a plusieurs fistules, d'envahir les tissus voisins. « Elle résulte, dit Civiale, d'un travail d'inflammation, qui modifie et change la structure des parties et leur fait prendre des caractères spéciaux relatifs soit à la texture primitive, soit à la marche de l'inflammation, du reste, dit-il, celle-ci tient évidemment à l'infiltration urinaire, qui n'est point assez abondante pour donner lieu à un abcès, peut-être aussi dépend-elle de ce que la réaction, n'ayant pas assez d'intensité pour déterminer la formation du pus, le travail inflammatoire se borne à provoquer une induration. Celle-ci peut envahir une étendue considérable et après le tissu cellulaire, qu'elle attaque d'abord, entreprendre les autres tissus, sans même excepter les os.

« L'altération du tissu cellulaire n'a pas pour unique résultat de lui procurer plus de consistance, elle en accroît aussi le volume, change son mode de vitalité, et le prive entièrement de la sensibilité, à tel point qu'on peut l'inciser sans produire, pour ainsi dire, de douleur, à moins que l'instrument tranchant n'atteigne quelque partie qui ait été épargnée par la maladie.

« Quant au développement que les tissus peuvent prendre sous cette tendance morbide, et qui est proportionné à l'élasticité primitive du tissu cellulaire, et surtout des téguments, il y a une distinction à établir, sous ce rapport, entre les fistules simples et les fistules multiples.

« Lorsque l'urine s'échappe par un seul trajet fistuleux, les parties voisines offrent rarement des altérations. J'ai vu plusieurs malades qui portaient des fistules simples depuis un grand nombre d'années sans induration au voisinage, on distinguait seulement au toucher une sorte de corde indiquant l'étendue de la fistule.

« Lorsque au contraire le trajet se fiburque ou se subdivise, et que les embranchements s'étendent plus ou moins loin de la fistule primitive, le tissu cellulaire compris entre eux prend une consistance et un développement considérable. »

Il y a peu de choses à ajouter aux idées de Civiale sur la pathogénie des tumeurs ligneuses périurétrales. Aujourd'hui, pourtant, les découvertes microbiologiques, et l'étude des processus anatomiques qui en découlent nous font exprimer les mêmes faits sous une autre forme.

Nous dirons donc qu'il s'agit, en définitive, d'un processus assez banal et commun en pathologie générale. C'est en effet une manière de se comporter commune à tous les tissus, que de former des tissus scléreux autour des foyers d'irritation, dont la virulence microbienne ou toxique a été vaincue, ou n'est point assez grande à l'origine pour les envahir et les mortifier d'un seul coup. Ne retrouve-t-on pas ce même processus de sclérose autour des fistules anales, n'est-ce point de la sorte que se limitent les foyers tuberculeux, les phlegmons qui évo-

luent vers l'induration, ne suivent-ils pas un processus analogue aux tumeurs ligneuses ? Ici, l'abondance du tissu cellulaire, sa laxité, et surtout le nombre des fistules, impriment simplement aux phénomènes une allure particulière. Ici, chaque fistule travaille pour son compte, mais l'induration qui lui est propre finit par se fondre avec celle des fistules voisines, et ainsi se forme le bloc ligneux.

On comprend également que le processus ne soit pas uniforme, puisqu'il est sous la dépendance de la date d'apparition des fistules, de leur localisation en des points où la laxité est plus ou moins grande, et où déjà des indurations partielles étouffent et gênent, par leur voisinage, des foyers d'induration naissants; ainsi s'explique que les tumeurs ligneuses soient irrégulières, parcourues de dépressions et de bosselures qui déforment et accroissent le volume des parties. Ce n'est pas tout, sous l'influence de l'irritation persistante, le processus de défense peut, en certains points, acquérir une exubérance énorme; sous l'impulsion donnée, et sous l'influence de lois obscures, les tissus sont susceptibles de dépasser les limites d'une réaction raisonnable, alors, on assiste à la formation de véritables tumeurs bénignes, qui sont des fibromes ou des fibro-myomes et dont le point de départ est presque toujours au voisinage des fistules, sans doute parce que l'irritation chronique y est plus accentuée.

De même, enfin, que ce processus irritatif est capable d'engendrer de véritables néoplasies fibreuses, de même on peut assister, sous son influence, et probablement chez les individus en puissance de diathèse cancéreuse, à une déviation d'un autre ordre. Nous voulons parler

de la dégénérescence néoplasique des tumeurs ligneuses périurétrales. Cette dégénérescence a son point de départ dans l'épithélium pavimenteux, qui tapisse parfois les fistules urétrales anciennes.

Ici encore, bien que cette éventualité soit rare, il ne s'agit pas d'un cas particulier. Il n'y a pas que les fistules urétrales qui puissent être le point de départ de dégénérescence épithéliomateuse, celle-ci peut s'observer au niveau d'exutoires anciens ou de vieilles fistules d'origine osseuse, comme Demarquay, Poncet et d'autres en ont rapporté des exemples.

SYMPTOMATOLOGIE

L'évolution des tumeurs ligneuses est le plus souvent extrêmement lente et les malades souffrent presque toujours de troubles urinaires depuis de longues années lorsqu'on les observe. « Il est rare en effet, dit Civiale, en parlant des fistules multiples, qu'on rencontre des ramifications nombreuses ailleurs que dans les maladies anciennes et qui ont été très mal soignées. »

Il s'agit, la plupart du temps, de vieux blennorrhagiques, qui n'ont jamais guéri de leur goutte, plus rarement de malades ayant eu une rupture de l'urètre. Peu à peu se sont installés les symptômes d'un rétrécissement, puis sont apparues de la douleur et de la tension au périnée, traduisant la formation d'un abcès le long du canal. Cet abcès, après plusieurs poussées subaiguës, a fini par être incisé, ou par s'ouvrir spontanément à la peau, donnant lieu à une fistule qui ne s'est jamais complètement fermée, livrant passage à de l'urine et à du pus. D'autres fois, la fistule s'est oblitérée, mais le périnée est resté dur et douloureux, et au bout d'un certain temps, est apparu un nouvel abcès qui a laissé à son tour, après lui, une nouvelle fistule.

Il n'est d'ailleurs nullement indispensable que la pre-

mière fistule se ferme pour qu'il s'en forme d'autres. Entre temps, le périnée est envahi par une induration diffuse et mal limitée, criblée de fistules, comme une « pomme d'arrosoir ». Les mêmes phénomènes s'observent au niveau des bourses, le scrotum peut être alors triplé de volume, déformé, sillonné de fissures et de dépressions au fond desquelles s'ouvrent les fistules, dont l'orifice extérieur offre souvent une fongosité rougeâtre, ferme, en cul-de-poule.

La verge peut être englobée et disparaître presque complètement au milieu de ce processus hypertrophique. D'autres fois, elle prend un aspect éléphantiasique, que Civiale rattachait aux tractions que les malades exercent souvent sur leur verge pendant la miction, et surtout aux altérations habituelles, dans ce cas, de la prostate et du col de la vessie.

« Le périnée, la partie interne et supérieure des cuisses, le pubis, le bas de la région hypogastrique, le scrotum et la verge sont envahis, dit Civiale, par une seule tumeur, qui change totalement l'aspect des parties. Dans plusieurs des faits que j'ai cités, cette particularité existait, elle était surtout très prononcée chez un malade, dont le scrotum et la verge étaient devenus triples ou quadruples de ce qu'ils sont dans l'état normal.

On l'observe d'ailleurs fréquemment, et les auteurs en ont cité des exemples fort curieux. L'un des plus remarquables est celui d'un de nos cardinaux, mort depuis quelques années, et dont M. Roux a fait l'histoire dans une de ses leçons à l'hôpital de la Charité. :

« Ce prélat avait le scrotum et les alentours criblés d'une trentaine de trajets fistuleux; le pénis était enseveli

dans une masse informe, du volume de la tête d'un enfant. On incisa le prépuce induré pour mettre le gland à découvert, il ne fallut pas moins de trois séances pour rétablir le canal...»

Malgré les descriptions si saisissantes et si détaillées de Civiale, il nous a paru intéressant de rapporter une observation analogue, que nous avons prise dans le service de M. le professeur Poncet, et dont M. le professeur agrégé Patel a bien voulu nous communiquer la photographie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

C... L. C., 67 ans.

Rien de remarquable dans les antécédents héréditaires.
Constitution chétive.

Vers l'âge de 9 ans, apparition de douleurs dans le genou gauche qui furent traitées par l'immobilisation du membre dans un appareil ciliaté pendant un an. La guérison s'est faite sans ankylose, mais en genu varum prononcé.

Souffre d'une bronchite chronique depuis 1870. Jamais d'hémoptysies.

Vers l'âge de 20 ans, ce malade contracta une ou deux blennorrhagies qui s'accompagnèrent de poussées d'orchite et de cystite, et qui, n'ayant jamais complètement guéri, l'amènèrent, au bout de dix-sept ans, à consulter un médecin pour des troubles de la miction dus à un début de rétrécissement.

Les troubles de la miction s'accrochèrent : les envies d'uriner se renouvelèrent fréquemment, le jet de l'urine était modifié, en tire-bouchon, tant et si bien que dix ans après les premiers symptômes, en 1890, il entre dans le service du docteur Tripier, pour un abcès urinaire périnéal compliqué de rétention d'urine.

Il fut sondé sans trop de difficulté et son abcès fut incisé trois jours après l'entrée : une fistule périnéale lui succéda, par où s'écoulait une notable quantité d'urine.

Malgré la sonde à demeure et plusieurs séances de dilations, il sortit au bout de quatre mois, urinant à peu près convenablement, mais continuant à perdre une petite quantité d'urine par sa fistule. Celle-ci se fermait de temps en

temps, et tout paraissait rentrer dans l'ordre, mais au bout de quelques jours il ressentait une tension douloureuse au niveau du périnée jusqu'au moment où sa fistule s'ouvrant de nouveau laissait s'écouler au dehors une petite quantité de pus et d'urine.

En 1900, les troubles de la miction réapparaissent et le malade se voit de nouveau obligé de rentrer à l'hôpital, dans le service du docteur Pollosson, où il fut opéré une seconde fois: malgré cette deuxième intervention et les soins consécutifs mis en œuvre, sa fistule persista, et même d'autres abcès urinaires se formèrent, donnant naissance à leur tour à de nouvelles fistules par où s'écoulaient de l'urine et du pus.

Cet état de choses, qui n'a pas cessé d'empirer, oblige aujourd'hui le malade à venir réclamer des soins dans le service du professeur Poncet.

À l'entrée, on constate que les bourses sont légèrement déformées, et très augmentées de volume, elles présentent une induration ligneuse très frappante. Les testicules sont refoulés vers le canal inguinal, et leur présence est plutôt reconnaissable à la douleur à la pression qu'à leur forme habituelle. Outre la fistule périnéale, on constate à la surface du scrotum des dépressions au fond desquelles viennent s'ouvrir cinq ou six fistules par où suintent du pus et de l'urine d'une façon intermittente. L'induration a gagné le fourreau de la verge qui est très augmentée de volume, et dont la peau, légèrement rouge et d'une dureté œdémateuse, forme un bourrelet préputial volumineux.

Les mictions sont actuellement relativement faciles, un peu augmentées de fréquence ; entre elles, s'écoule fréquemment, au dire du malade, une petite quantité d'urine par la fistule périnéale. Il existe enfin un écoulement purulent peu abondant par le méat.

La prostate est légèrement augmentée de volume.

Les fistules urinaires, outre les indurations et tumeurs ligneuses, sont susceptibles de se compliquer de formations végétantes dont nous avons déjà parlé.

Cocteau, dans sa thèse d'agrégation, en rapporte un cas où Voillemier dut pratiquer l'ablation d'une tumeur constituée par une hypertrophie du tissu conjonctif ; le nom de myome fibreux fut donné à cette tumeur.

Le professeur Guyon, à la suite de l'examen d'un cas communiqué par M. Charles Monod, a donné à ces productions le nom de fibromes éléphantiasiques (1).

Ces tumeurs, outre l'intérêt qu'elles présentent par elles-mêmes, sont susceptibles d'être confondues avec les dégénérescences néoplasiques des trajets fistuleux, et je crois intéressant d'en résumer ici une observation où ce diagnostic fut précisément discuté :

Cette observation a été publiée par M. le professeur Weiss, de Nancy, dans la *Revue médicale de l'Est*, du 1^{er} octobre 1886, et rapportée dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.

OBSERVATION II

Un homme de 43 ans avait eu, quatorze ans auparavant, une rupture incomplète de l'urètre, à la suite d'un choc contre le pommeau d'une selle de cheval. Un rétrécissement traumatique en résulta, puis apparut un abcès au périnée, et finalement s'établirent plusieurs fistules par lesquelles passait presque toute l'urine de chaque miction.

Le malade entra à l'hôpital en janvier 1884 ; les bourses présentent un développement considérable, à la partie supé-

(1) « Il s'agissait d'un homme de 55 ans qui présentait au périnée, une tumeur plus grosse qu'un poing d'adulte, indolente, blanchâtre, d'un aspect analogue à celui d'une chéloïde. Elle était divisée par un sillon antéro-postérieur en deux lobes inégaux et implantée par un pédicule rétréci immédiatement en arrière de la racine des bourses. Le pédicule semblait faire corps avec les tissus indurés qui englobaient la portion correspondante de l'urètre ; on voyait groupés autour de sa base, les orifices de sept trajets fistuleux. L'ablation fut pratiquée à l'hôpital Necker par M. Ch. Monod. »

rière se voit un énorme champignon rouge violacé, faisant hernie à travers les téguments et constitué par une dizaine de bourgeons secondaires.

Cette tumeur forme une masse indurée du volume d'une grosse orange, qui non seulement s'étale vers le périnée, mais s'insinue dans la profondeur du scrotum entre les deux tuniques vaginales.

Le tissu qui la compose est lardacé et parfaitement indolore, de petits nodules de même nature infiltrent la peau aux alentours et lui donnent un aspect chagriné. Dans les rainures qui sillonnent sa surface, on aperçoit les orifices des trajets fistuleux.

Sur l'aspect, les dimensions et la marche de cette production, le diagnostic de néoplasme fut presque unanime, seul le professeur Weiss fit le diagnostic de fibrome éléphantiasique développé aux dépens de fistules urinaires.

Il pratiqua l'ablation partielle de la tumeur suivie d'une urétrotomie externe et l'avenir lui donna raison, puisqu'au bout de trois mois la guérison était complète.

Il faudra donc se garder de confondre ces champignons proliférants avec les tumeurs malignes du périnée et du scrotum qui sont très rares.

Les observations en sont en effet peu fréquentes.

Civiale fait pourtant allusion à un cas de ce genre dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaires*. « On a vu, dit-il, des cas heureusement très rares, où les parties envahies par les fistules urinaires devenaient le siège de dégénérescences d'un caractère insidieux. Un homme de 50 ans avait depuis trente années un écoulement auquel s'étaient ajoutées depuis d'autre gonorrhées : un abcès urineux finit par s'ouvrir et laissa une fistule au périnée : lorsque le malade entra à l'Hôtel-Dieu, les bords et le trajet de la fistule étaient d'une dureté extraordinaire, son orifice se trouvait converti en un ulcère cancéreux, à base dure, à bords renversés, et tout le trajet lui-même était squirrheux ; le rétrécissement urétral avait une dureté telle, qu'on ne put songer à le forcer avec une sonde.

Dupuytren se contenta de recourir à un traitement palliatif. »

Demarguay observa également un canéroïde de l'urètre ayant débuté au niveau d'une fistule ; le professeur Poncet a aussi rapporté un cas de dégénérescence néoplasique au niveau d'une fistule urétrale en 1881.

Enfin, M. Guiard a publié, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, l'observation de deux malades du professeur Guyon atteints de transformation en épithélioma à marche rapide de trajets fistuleux consécutifs à un rétrécissement de l'urètre.

Nous résumerons ces deux observations et en rapporterons une troisième inédite, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Patel.

OBSERVATION III

J... R., 52 ans, capitaine en retraite.

Ce malade eut sa première blennorrhagie à l'âge de 30 ans et ne parvint jamais à s'en débarrasser (goutte militaire intermittente).

A 34 ans, après un coït, il eut une légère hémorrhagie de l'urètre qui ne fut suivie d'aucun des accidents de la rupture de ce canal.

Depuis longtemps, le jet de l'urine avait diminué, mais c'est surtout depuis quinze mois avant son entrée à l'hôpital que les difficultés étaient devenues considérables.

La miction exigeait de grands efforts et s'accompagnait de douleurs assez vives pendant et après.

Six semaines avant son entrée, les symptômes s'exagérèrent, le malade urinait une douzaine de fois pas jour et sept ou huit fois la nuit.

Il se présente à l'hôpital pour la première fois le 4 juillet, et l'on porta le diagnostic de rétrécissement blennorrhagique ayant amené un certain degré de cystite.

Du 6 au 29 juillet, débridement du méat, dilatation suivie d'accès de fièvre, urétrotomie interne et sonde à demeure suivie d'un peu d'œdème des bourses.

Le 3 août, apparition au périnée d'une petite tumeur qui fut ouverte par M. Monod, supplant le professeur Guyon. Drain, pansement de Lister, dilatation. Formation rapide d'un nouvel abcès qui ne tarda pas à s'ouvrir et à se transformer en trajet fistuleux.

Le 5 octobre, nouveau débridement par M. Monod.

Le 10 octobre, M. Guyon, reprenant le service, constate que la plaie, au lieu de se cicatriser franchement, se convertit en un trajet fistuleux fort large qui présente sur son parcours plusieurs clapiers anfractueux.

On remarque en outre sur le gland, à droite du méat, une petite saillie dure et régulièrement arrondie, qui offre quelques ressemblances avec un petit abcès tubéforme et sur la nature de laquelle M. Guyon ne se prononce point.

Vers la fin du mois, le canal étant difficilement dilatable, et ne pouvant pratiquer l'urétrotomie externe à travers des tissus périnéaux extraordinairement épaissis, M. le professeur Guyon décide de faire un grattage des fistules et une libération externe du canal destinée à rendre l'urètre perméable à des instruments plus volumineux.

Au cours de l'opération, M. Guyon désireux de connaître la constitution histologique des tissus lardacés périnéaux, préleva un fragment de la tumeur qui fut soumis à l'examen du docteur Quénu.

Celui-ci, contrairement à toutes les prévisions, conclut de son examen très minutieux à un épithélioma pavimenteux lobulé à tendance envahissante.

M. Guyon, qui avait déjà observé un cas de fistule périnéale transformée en épithélioma, ne se refusa pas, malgré sa surprise, à admettre la réalité d'une dégénérescence cancéreuse.

Et, en effet, la marche clinique de l'affection devait bientôt revêtir des caractères significatifs et lever tous les doutes.

Les suites de l'opération furent d'abord assez simples, peu-

dant une quinzaine de jours l'aspect de la plaie continua d'être fort satisfaisant, des bourgeons de bonne nature firent leur apparition.

Cependant, une sonde à demeure placée, le 13 novembre, sans aucune difficulté, provoqua une poussée inflammatoire périurétrale accompagnée de douleurs d'une intensité exceptionnelle : un abcès ne tarda pas à se former à la racine de la verge et le 18 novembre on dut l'ouvrir au bistouri.

A partir de cette époque, l'engorgement inflammatoire développé autour de cet abcès au lieu de diminuer et de disparaître, a laissé des tissus indurés dont la consistance est allée sans cesse en augmentant et qui ont envahi peu à peu toutes les parties voisines. Les nodosités ligneuses se sont avancées insensiblement sur le fourreau de la verge, en se dirigeant vers le gland et n'ont pas tardé à entamer toute la circonférence de la racine du pénis.

En même temps, la plaie périnéale subissait des modifications correspondantes, de telle sorte que bientôt le périnée, le scrotum et la racine de la verge en vinrent à ne plus former qu'une vaste plaque indurée sur laquelle se détachaient plus ou moins nettement de nombreuses nodosités de petit volume.

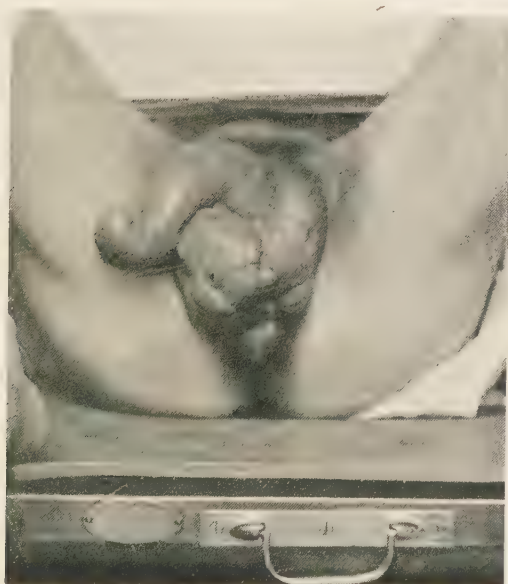
De son côté le petit bouton du gland s'était ulcéré et présentait une surface sanieuse et grisâtre. Il avait acquis, d'ailleurs une étendue beaucoup plus considérable. Les bords de l'ulcération étaient très saillants et assez régulièrement arrondis, le tout offrait une consistance des plus dures.

Une traînée de lymphite vers l'aîne gauche a donné lieu également à un épaissement de même nature siégeant dans un ganglion, envahissant toute l'épaisseur de la peau correspondante. Il existe une autre plaque semblable au niveau de l'un des ganglions inguinaux internes.

Toutes la région envahie par le néoplasme est le siège d'une douleur continue des plus vives avec irradiation vers les cuisses. Le malade accuse surtout dans le périnée une sensation de cuisson, de feu, que rien ne peut calmer.



OBS. I. — Tumeur ligneuse périurétrale (photo. due à l'obligeance de M. Patel).



OBS. V. — Dégénérescence néoplasique d'une tumeur ligneuse périurétrale (photo. due à l'obligeance de M. Patel.)

Les garde-robes deviennent difficiles ; cependant le toucher rectal ne révèle qu'une augmentation de volume de la prostate avec induration et consistance ligneuse du lobe gauche, mais sans rétrécissement du rectum.

Bientôt l'appétit diminue, l'amaigrissement fait des progrès rapides, une diarrhée abondante se déclare et le malade finit par succomber dans un état cachectique très accusé le 6 février 1883.

A l'autopsie, on constata des noyaux carcinomateux dans l'épaisseur des corps caverneux non ulcérés, indépendants de la peau de la verge et du canal de l'urètre. Tissus profonds et branches ischio-pubiennes envahis par le néoplasme. Envahissement des vésicules séminales. Envahissement pleuro-pulmonaire.

OBSERVATION IV

(rapportée par M. GUIARD.)

Il s'agit d'un homme qui présentait depuis dix ans des signes de rétrécissement et depuis plusieurs années des fistules multiples. Le périnée et le scrotum en étaient criblés en quelque sorte, quelques-unes s'ouvraient même à de grandes distances, on en trouvait jusque dans la région inguinale. M. Guyon constate un rétrécissement très étroit de la région périnéo-bulbaire. On fit quelques essais de dilatation, mais des accès urineux empêchèrent de continuer le traitement.

On décida une urétrotomie, mais des modifications survinrent entre temps du côté des trajets fistuleux.

Depuis fort longtemps, ceux-ci avaient déterminé un épaississement, une infiltration inflammatoire considérable du périnée et du scrotum. Ces tissus se transformèrent peu à peu et offrirent des caractères particuliers tels qu'une induration spéciale et la formation de nodosités ligneuses plus ou moins saillantes qui firent penser à une dégénérescence épithéliale. En quelques semaines, ce diagnostic n'offrit plus aucun doute. Il survint même, par les trajets fistuleux, des hémorragies

inquiétantes qui hâtèrent la fin du malade. Il se produisit un envahissement rapide de proche en proche et le malade mourut en quelques mois.

OBSERVATION V (inédite)

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Agrégé PATEL.

Rétrécissement de l'urètre. Première urétrotomie externe en 1890. Seconde urétrotomie externe en 1894. Apparition de tumeurs ligneuses en 1899. Accroissement progressif, dégénérescence néoplasique. Ablation des masses et urétrotomie en 1904. Mort en 1905.

P... G., 57.

Entre, le 28 août 1904, salle Saint-Sacerdos, dans le service de M. le professeur Jaboulay, pour une volumineuse tuméfaction de la région périnéale apparue il y a quelques années, et déterminant des troubles de la miction.

Il racontait que quatorze ans auparavant on lui avait fait une urétrotomie externe à l'Hôtel-Dieu, pour des rétrécissements de l'urètre. Le résultat fut bon.

Quatre ans après, apparition de nouveaux troubles urinaires et nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu, où on lui fit une nouvelle urétrotomie externe.

De nouveau, la situation s'améliore, mais en 1899, le malade voit se développer des masses indurées au niveau du périnée, masses qui allèrent en augmentant de volume et s'accompagnaient peu à peu d'une gêne progressive de la miction. En même temps, des abcès se formaient au niveau du périnée, s'ouvrant spontanément. Les uns se cicatrisèrent, les autres demeurèrent fistuleux.

A son entrée, la miction s'exécute, mais avec difficulté, la plus grande partie passe par la verge, mais il s'en écoule aussi par le périnée, les urines sont troubles, purulentes.

A l'examen, on constate au niveau du périnée des masses énormes, atteignant le volume de deux poings, remplissant le

périnée antérieur, masses irrégulières, bosselées, avec de profondes raghades, au fond desquelles on voit sourdre un mélange d'urine et de pus. Il existe aussi de petits noyaux sur la face interne des cuisses, la verge est oedématisée, il existe un bourrelet préputial énorme.

Le cathétérisme est possible au niveau de l'urètre antérieur, mais arrivé au niveau de la terminaison de l'urètre pénien, il est absolument impossible de passer, même avec les plus fines bougies.

L'état général du malade s'est altéré depuis quelque temps, il y a un peu d'amaigrissement. On fait le diagnostic de phlegmon ligneux périurétral.

Intervention, le 2 septembre 1904, par M. le professeur agrégé Patel. Incision sur la ligne médiane. On repère le bout postérieur de l'urètre sur une sonde et on constate que celui-ci est complètement noyé à l'intérieur de masses ligneuses, il est détruit, perforé sur une grande étendue et sa paroi inférieure est emportée avec l'ablation des masses.

Suites opératoires : elle furent assez bonnes immédiatement. La miction s'exécutait bien par le bout postérieur, les urines redevinrent claires. La plaie se cicatrisa incomplètement.

Un mois après (octobre 1904), on voit apparaître sur la face interne des cuisses de nouveaux noyaux durs, ceux qui existaient avant augmentèrent de volume, ils avaient absolument la consistance des noyaux de généralisation des cancers du sein.

La généralisation à la peau fut rapide, très étendue : le malade mourut chez lui, au commencement de 1905.

Photographie due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Patel.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs ligneuses périurétrales sont constituées par un tissu dur et scléreux, qui prend à la longue un aspect et une consistance lardacée. Elles ont parfois une dureté si grande, que bistouris et ciseaux se brisent sur elles au cours des interventions.

A la coupe, elles crient sous le scalpel, et offrent un aspect blanc grisâtre peu vasculaire.

« A l'examen microscopique, on voit des bandes de tissu fibreux analogues à celles des fibromes, mais on constate aussi dans presque tous les cas un développement très considérable de fibres lisses, qui forment par endroits d'épais faisceaux entre-croisés. Delbet, qui a examiné au microscope de nombreuses préparations de tumeurs urineuses, conclut qu'au point de vue de la structure, ce sont des fibro-myomes, mais qu'il ne s'agit pas de néoplasies dans le vrai sens du mot. » (Albarran.)

Les tumeurs ligneuses périurétrales seraient susceptibles de subir des transformations cartilagineuses ou osseuses, mais cette éventualité est si rare que Voillemier la met en doute. On observe enfin quelquefois (Monod) une incrustation calcaire des trajets fistuleux, celle-ci serait due à la précipitation des sels de l'urine, qui se décomposent par son séjour dans les tissus.

Quant à la dégénérescence cancéreuse de ces tumeurs, les examens histologiques de Quénu et d'autres ont démontré qu'il s'agissait le plus souvent d'épithéliomas pavimenteux lobulés. Cet épithélioma a, comme nous l'avons dit, son point de départ au niveau des fistules qui sillonnent les tissus indurés. Ces fistules et les clapiers auxquels elles aboutissent, sont en effet tapissées au début de pus et de fongosités, mais elles présentent à la longue une sorte de pseudo-membrane, qui se recouvre elle-même d'un épithélium du type pavimenteux; celui-ci, sous l'influence de l'irritation chronique due à l'écoulement de l'urine et du pus, devient le point de départ d'une prolifération néoplasique.

EVOLUTION. — PRONOSTIC

Civiale dit, dans son traité des maladies des organes génito-urinaires, que le développement et l'induration qui s'opèrent en général d'une manière fort lente, autour des fistules, finissent quelquefois par rester stationnaires, et que les malades peuvent vivre fort longtemps sans en éprouver d'autre inconvénient qu'un peu de gêne dans les mouvements; cela ne doit pourtant point nous faire oublier que le fait de porter une tumeur souvent volumineuse et gênante, que l'écoulement d'urine ou de pus, continu ou intermittent, par des fistules, qu'enfin les conséquences désastreuses que peut exercer sur l'esprit une pareille éventualité, constituent des raisons largement suffisantes pour pousser ces malades à réclamer une intervention en dehors de tous symptômes alarmants. Mais surtout il ne faut pas oublier, qu'indépendamment de la dégénérescence néoplasique possible, mais rare en somme, de leurs tumeurs ligneuses, ces malades sont avant tout des rétrécis, exposés à devenir des urinaires, et que le pronostic de leur affection est assombri par ce fait qu'ils sont atteints de rétrécissements compliqués, ce qui aggrave singulièrement les interventions. De nouveaux abcès urinaires, l'infiltration d'urine les guettent, capables de les tuer, d'autant mieux que leur maladie est plus ancienne et qu'ils sont plus affaiblis et plus infectés.

La rétention d'urine s'installe peu à peu, leur vessie se dilate et s'enflamme, et ils finissent par mourir au milieu des symptômes de la pyélonéphrite ascendante, si bien décrite par le professeur Guyon: on observe alors de la polyurie trouble, alternant avec des accès de rétention purulente, se traduisant par des poussées de fièvre, suivies de sueurs profuses. En même temps, la langue devient sèche, il y a de l'inappétence, les forces diminuent, la peau devient jaune et terreuse...

D'autres, qui paraissent dans un état de santé relativement bon, ne peuvent subir la moindre exploration, le moindre sondage sans présenter des accès fébriles parfois mortels, prouvant ainsi combien leur résistance était déjà amoindrie. Il faut aussi se rappeler qu'indépendamment des complications qui frappent leur arbre urinaire par voie ascendante, ils sont encore assez souvent atteints d'une intoxication chronique émanée du pus qui stagne dans leur urètre et dans leurs fistules et que cette intoxication ne se traduit pas toujours par de la fièvre, c'est ainsi que dans un cas de M. Guyon, elle se manifestait uniquement par une diarrhée incoercible.

Notre intention n'est point d'examiner ici toutes les complications des rétrécissements de l'urètre, mais simplement de montrer que si les tumeurs ligneuses périurétrales peuvent évoluer lentement, et quelquefois sans grande gêne pendant de longues années, les malades n'en sont pas moins soumis aux plus graves éventualités, parce que ce sont des rétrécis d'abord, et ensuite, parce que leurs rétrécissements présentent des difficultés opératoires d'autant plus grandes que leur maladie est plus ancienne et plus négligée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs ligneuses périurétrales sera le plus souvent facile, leur volume parfois très grand, leur consistance spéciale, la notion d'un rétrécissement ancien et les troubles urinaires qui lui sont liés, la présence des fistules surtout, ne laisseront le plus souvent aucun doute.

L'urine qui s'écoule par ces fistules sera le signe le plus caractéristique. La quantité d'urine est en rapport avec le diamètre de l'orifice interne des fistules, ordinairement unique, avec leur trajet, la perméabilité plus ou moins grande de l'urètre; l'hésitation sera impossible quand toute l'urine d'une miction passera par un trajet fistuleux, comme chez le malade de Boyer, qui n'avait pas rendu une seule goutte d'urine par le méat depuis quarante ans.

Souvent il ne sort du pertuis fistuleux que du pus séreux qui tache le linge en jaune, mais son odeur urineuse accuse la nature de la maladie.

Dans les cas douteux, on pourra, comme le conseille Dieffenbach, serrer l'extrémité du gland pendant la miction, pour obliger l'urine à forcer le trajet fistuleux; on pourra aussi faire usage de liquides colorés en injection par le méat.

« Voillemier recommande encore d'introduire par l'ori-

fice externe un stylet boutonné droit ou courbe, que l'on dirige doucement, et en tâtonnant, à la rencontre d'un cathéter métallique introduit dans l'urètre, si les deux instruments viennent à se toucher, il n'y a plus de doute. On peut apprécier ainsi, jusqu'à un certain point, la direction, l'étendue, et la longueur du trajet fistuleux.

« Les fistules siégeant au périnée ou aux fesses pourront, à la rigueur, être confondues avec celles de l'anus, mais celles-ci ont ordinairement un orifice externe plus grand et plus apparent, leur trajet est plus direct et plus large, de telle sorte qu'il est facile d'y faire pénétrer profondément un stylet assez gros. Si, en même temps, on introduit le doigt dans le rectum, on rencontre l'extrémité de l'instrument dans la cavité de cet organe. Alors même qu'on n'aurait pu traverser l'orifice interne, la pointe du stylet arrivant jusque sous la muqueuse suffirait pour indiquer la nature de la maladie. On constate également en y prêtant attention que ces fistules livrent passage à des matières fécales, ou même à des gaz. »

Les fistules de la branche ischio-pubienne donnent lieu à un écoulement grisâtre et sans odeur; leur trajet est moins sinueux, un stylet arrivera facilement sur l'os.

Les fistules dues à la cowpérite sont latérales, peu indurées, ne donnant que rarement issue à de l'urine.

Quant aux fistules prostatiques, l'évolution de la maladie, le toucher rectal, l'exploration du canal feront le plus souvent le diagnostic. Le diagnostic de fistules urétrales une fois établi, il faudra les rattacher à leur véritable cause, c'est-à-dire aux rétrécissements dans le cas qui nous intéresse, et en déterminer le nombre, le degré de striction et la nature.

Guyon disait : « Les rétrécissements de l'urètre sont toujours blennorragiques, traumatiques ou cicatriciels, quand un malade ne vous accuse aucune de ces trois causes génératrices, soyez parfaitement certain qu'il n'y a pas de rétrécissement, ou s'il y en a, admettez sans hésitation qu'il vous a trompé. » Il faut pourtant songer à une autre cause de rétrécissement, rare il est vrai, bien étudiée récemment par Rochet. Nous voulons parler du rétrécissement tuberculeux de l'urètre. Nous empruntons la plupart des notions qui suivent à la *Revue générale*, publiée récemment par Delore et Chalié, sur la tuberculose urétrale et périurétrale. Le rétrécissement tuberculeux de l'urètre est dû, le plus souvent, à une tuberculose primitive de l'urètre postérieur. Dufour, en 1854, en a rapporté 3 cas, Hechter 1, en 1859, Delori, Bérard et Trillat en ont fait connaître plusieurs observations, dans la monographie de Perge (th. de Lyon). Ce rétrécissement est unique dans la moitié des cas, constitué ordinairement par du tissu de sclérose; son diagnostic peut être très difficile d'avec le rétrécissement blennorragique. L'absence certaine de blennorragie chez un malade ayant présenté un écoulement persistant sans gonocoques faciliterait beaucoup le diagnostic.

On se rappellera, en outre, que l'urètre tuberculeux saigne plus facilement que l'urètre blennorragique, on examinera soigneusement les malades au point de vue pulmonaire, l'épreuve de l'ophtalmo-réaction et de la cutiréaction, l'inoculation au cobaye seront pratiquées si c'est possible.

Quant à la tuberculose périurétrale, les aspects différents qu'elle revêt permettront presque toujours de la dis-

tinguer des indurations et tumeurs ligneuses périurétrales.

« Englisch, de Vienne, a décrit sous le nom de périurétrite tuberculeuse une affection spéciale qu'on rencontre chez les tuberculeux, et chez les individus prédisposés de la tuberculose. Il apparaît au niveau du triangle bulbo-urétral un gonflement correspondant au siège des glandes de Cowper, qui s'étend avec une grande lenteur vers la profondeur d'une part, pour amener des perforations multiples de l'urètre, d'autre part, vers la peau, donnant lieu à une cavité remplie de fongosités. On comprend qu'il puisse en résulter des fistules plus ou moins complètes. » (Monod.)

Les tuberculomes périurétraux se présentent, soit sous forme de petites tumeurs dures, bien circonscrites, sous-cutanées, appendues à l'urètre, soit comme de véritables abcès froids, à contenu puriforme caséux, qui peuvent s'ouvrir dans l'urètre ou se fistuliser à la peau, ou même des deux côtés à la fois, en laissant une fistule urinaire. Ils sont l'homologue des abcès urineux ordinaires.

Les tuberculomes diffus périurétraux sont de vastes foyers tuberculeux, irréguliers, anfractueux, à prolongements multiples, qui semblent s'étendre et se développer au hasard, en détruisant les tissus périurétraux. Ces foyers sont tapissés de fongosités tuberculeuses et remplis de pus caséux, des nappes de fongosités s'en détachent qui infiltrent les espaces conjonctifs; ils donnent naissance des trajets fistuleux, uniques ou multiples, qui aboutissent à la peau de la verge, du périnée, ou même de régions plus éloignées; d'autre part, ils peuvent s'ouvrir dans le rectum. Il s'agit là d'une variété de tuber-

culose infiltrante disséquante qui, au niveau de la verge notamment, réalise ce que Poncet a décrit sous le nom de pénitis tuberculeux (Delore et Chalié).

Il nous reste à dire quelques mots, pour terminer, des difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel entre les tumeurs ligneuses périurétrales et celui de leur dégénérescence cancéreuse. Deux erreurs sont commises le plus souvent, la première consiste à prendre pour un néoplasme une tumeur périurétrale bénigne, l'autre à méconnaître l'existence d'une dégénérescence néoplasique au niveau d'une tumeur ligueuse.

Je rappellerai à ce propos l'observation du professeur Weiss, où il fut le seul à penser à un fibrome éléphantiasique, alors que tout le monde portait le diagnostic de tumeur maligne, en invoquant l'aspect, les dimensions et la marche de cette production; on devra donc, dans les cas de ce genre, être réservé, et au besoin recourir à l'examen microscopique.

Quant au diagnostic positif de la dégénérescence néoplasique d'une tumeur ligueuse périurétrale, il est le plus souvent incertain au début, et ce n'est guère que par l'évolution qu'on peut le faire cliniquement, alors que l'apparition de bourgeons cancéreux, l'extension rapide aux tissus voisins, l'état cachectique, voire la généralisation, ne laissent plus aucun doute. Ici encore, lorsqu'on aura quelques soupçons, on fera bien de recourir au microscope, qui tranchera le diagnostic. Celui-ci fait d'une façon précoce améliorerait peut-être le pronostic de ces tumeurs, que l'on n'a jamais vu guérir jusqu'ici, parce qu'au moment où le diagnostic clinique est posé, l'intervention est déjà impossible, ou incapable d'arrêter l'évolution toujours très rapide de ces néoplasmes.

TRAITEMENT

Traiter les tumeurs ligneuses périurétrales revient à traiter les rétrécissements de l'urètre, dont elles ne sont qu'une complication.

Il est peu de questions chirurgicales qui aient suscité autant de discussions que le traitement des rétrécissements de l'urètre, et surtout des rétrécissements avec fistules compliquées d'indurations. Le grand nombre des traitements mis en œuvre prouve surabondamment qu'on ne saurait tracer une ligne de conduite précise dans cette matière, comme on l'a dit, le point essentiel et le plus difficile, c'est de bien distinguer les cas très divers qui se présentent dans la pratique et de rechercher les indications spéciales que tel ou tel point particulier comporte.

Deux grandes indications dominent le traitement : rétablir le cours des urines et agir directement sur les fistules.

Il est en effet logique de supposer, en ce qui concerne la première indication, que si l'on parvient à rendre sa perméabilité à l'urètre et à soustraire les fistules à l'action continuelle de l'urine, elles finiront par s'oblitérer.

« Si en effet, dit Civiale, on parvient à détourner l'urine, les tissus qui paraissaient à peine changer, finissent par

se ramollir et diminuer de volume, quoique la décroissance en soit fort lente. »

C'est dans ce but que Desault, Boyer, Civiale, Voillemier, etc., ont préconisé la sonde à demeure; Velpeau et Thompson, poursuivant le même résultat, ont conseillé de préférence le cathétérisme répété, qui avait, selon eux, l'avantage d'éviter les accidents infectieux, et surtout d'éviter la persistance de la filtration de l'urine par les fistules. Il est incontestable que cette méthode a donné de bons résultats dans quelques cas favorables.

«Choppart rapporte en effet l'observation d'un enfant de 10 ans, qui avait plusieurs fistules situées, les unes au périnée, les autres sur le pubis et dans la région lombaire. Elles étaient placées au centre de chairs longues et environnées de duretés considérables. Il ne sortait presque plus d'urine par l'urètre, qui était si rétréci, que Desault ne put y introduire une petite sonde qu'avec la plus grande peine. Le malade ne fut guéri qu'après plus de trois mois (Voillemier). Boyer parle de trois malades affectés depuis plus de dix ans de fistules regardées comme incurables, le périnée, le scrotum étaient tellement calleux et confondus ensemble, qu'ils formaient une masse informe, dans laquelle on ne distinguait pas même les testicules, traversée de dix à douze ouvertures, par lesquelles l'urine sortait en arrosoir. Ces malades étaient obligés de porter des cotillons pour ne pas inonder leurs vêtements et de s'accroupir pour uriner. Pourtant, Boyer les guérit par le seul emploi des sondes à demeure. Et il ajoute : « Combien n'a-t-on pas vu, en effet, de fistules urinaires réputées inguérissables, qui ont été guéries par l'usage des bougies et surtout des sondes. » (Voillemier.)

Mais il faut reconnaître, avec Civiale, que « malgré les nombreux moyens employés, plusieurs de ces infirmités demeurent incurables, et l'on s'explique d'autant moins ce résultat, qu'il est en opposition avec ce qu'on voit dans toutes les plaies, où l'on remarque une tendance normale à se fermer, avec ce qui s'observe dans les rétrécissements de l'urètre, du rectum, de l'œsophage, du vagin, qui ont une disposition inhérente à s'accroître sans cesse ».

En réalité, l'emploi de la sonde à demeure et de la dilatation pourront réussir dans les cas de fistules peu nombreuses, peu anciennes, à trajets peu compliqués, traversant des tissus peu indurés; dans le cas contraire, outre la lenteur désespérante de l'amélioration, la guérison ne s'effectuera jamais complètement, et les récidives seront la règle, aussi est-il de toute nécessité d'agir directement sur les fistules elles-mêmes et sur les tissus qui les englobent.

Nous ne citerons que pour mémoire les bains, les topiques, les onguents mercuriels, les cataplasmes, appliqués dans le but de faire fondre les tumeurs ligneuses et les callosités qui accompagnent les fistules; sans doute, ces moyens seront des adjuvants utiles dans certains cas, mais incapables à eux seuls d'apporter une amélioration appréciable.

Les injections de teinture de cantharide dans les trajets fistuleux, préconisées par Thompson, les attouchements avec une solution au nitrate d'argent à 1/50^e, la teinture d'iode dans les cas récents ont pu rendre quelques services, mais l'inefficacité relative ou absolue de tous ces moyens a conduit les opérateurs à user de procédés plus chirurgicaux : on pratique alors l'incision des trajets fis-

tuleux sur une sonde, vidant les clapiers, et transformant plusieurs trajets en une plaie unique. Le procédé de Syme entre en honneur, il consiste dans la section de l'urètre de dehors en dedans, permettant la restauration du canal, et l'action chirurgicale directe sur les tissus malades, Verneuil remplace l'incision du périnée au bistouri, par l'incision au thermocautère, Bonnet, de Lyon, soumet toutes les surfaces saignantes à la cautérisation au fer rouge. « On a dû, dit-il, dans quelques cas, éteindre jusqu'à douze ou quinze cautères dans les anfractuosités de la plaie.

Guyon fait précéder la cautérisation d'un raclage à la curette tranchante de la surface interne des trajets.

Mais tous ces moyens sont encore inefficaces dans certains cas, et particulièrement dans celui qui nous intéresse; dans les cas de rétrécissements compliqués de fistules anciennes, où le périnée et le scrotum sont envahis d'une induration diffuse, de callosités, de tumeurs ligneuses, il faudra presque toujours recourir d'emblée à l'exérèse.

Ledran et ses contemporains, dit Monod, l'avait érigée en méthode générale. Cette pratique fut condamnée par Desault, puis remise en honneur par Voillemier, en 1874. Il proposa, en effet, de pratiquer l'excision, non seulement des trajets fistuleux, mais d'une partie du périnée. Son but est d'établir une voie large et directe faisant communiquer au dehors la perforation de l'urètre.

Le professeur Guyon, dans une clinique chirurgicale à l'hôpital Necker (*Semaine médicale*, avril 1883), s'est élevé contre l'opération de Voillemier; pour lui, l'enlèvement de tous les tissus modifiés par la suppuration est

impraticable dans les cas de fistules multiples, car il faudrait alors enlever une partie du périnée et du scrotum, ce qui constituerait une perte de substance tellement grande, qu'il serait difficile d'en obtenir la cicatrisation complète. D'ailleurs, même dans les cas simples, cette opération est difficile, vu la sinuosité des trajets fistuleux. Il se propose surtout, par l'incision, de libérer l'urètre de la gangue de tissus inflammatoires qui l'environnent, sans le léser, et cela en poussant un cathéter dans le canal et incisant jusqu'au canal exclusivement.

Mollière reprend la question, à la Société des sciences médicales de Lyon (séance de février 1884, *Lyon médical*, 1884). L'extirpation de tous les tissus cicatriciels est pour lui un principe absolu. Il enlève tous les tissus morbides appartenant soit à l'urètre, soit au périnée. Dans un deuxième temps, il suture sur une sonde les deux portions de l'urètre. Cette suture se pratique à l'aide de fils métalliques n'arrivant pas jusqu'à l'intérieur du canal, et passant sous sa muqueuse; trois fils sont en général suffisants.

Un troisième temps consiste dans la suture superficielle du périnée. Il faut placer quelques petits drains dans l'intervalle des fils pour prévenir l'infiltration d'urine.

« La guérison, dit-il, est rapide, même dans les cas où de grands délabrements ont été nécessaires, les avantages de cette méthode sont multiples, le passage et le renouvellement des sondes à demeure, si difficile dans les urétrotomies externes classiques, se fait avec une grande simplicité. En outre, les dangers de la récurrence sont écartés par ce fait que la continuité du canal n'est pas rétablie par la production d'un tissu inodulaire toujours rétractile.

mais que la muqueuse normale règne sur toute l'étendue de l'urètre réparé

« Une des grosses difficultés de ces opérations consiste dans l'incertitude de la place occupée par le bout postérieur de l'urètre. Il faut se souvenir que dans les ruptures complètes de cet organe, la pression exercée par l'urine a pour résultat de redresser la courbure du canal, de telle sorte que le bout postérieur devient parallèle au rectum. »

Le procédé de Mollière, d'ailleurs déjà conçu et exécuté par Dittel, a été discuté par M. le professeur Poncet et la question mise au point par lui, dans la séance du 16 mars 1888, du Congrès français de chirurgie, sous le titre de : Résection de l'urètre ou urétrectomie dans certaines formes de rétrécissements.

« L'urétrectomie est indiquée lorsque le rétrécissement se trouve au milieu d'une masse dure, volumineuse, produit de l'inflammation lente des tissus périurétraux; lorsque, surtout, le canal est perdu sur une partie de sa longueur, dans un véritable calus épais, ligneux, qui l'entoure à la façon d'un anneau; lorsque le périnée est transformé en une masse scléreuse, avec ou sans fistules.

Au point de vue opératoire, de même qu'au point de vue des suites immédiates et consécutives, deux ordres de cas se présentent.

Dans une première série de faits, l'urètre est facilement abordable ou n'est séparé de lui que par une masse péri-néale scléreuse, épaisse au milieu de laquelle il est enfoui, comme perdu. La cirrhose périurétrale est limitée, circonscrite, l'urètre est aisément réséqué, la portion excisée ne dépasse pas deux à trois centimètres, et rien n'est

plus simple que de réunir par des sutures les deux bouts du canal dont l'élasticité est grande... Ici, la réunion par première intention doit être la règle.

Dans une deuxième catégorie de faits, le périnée est le siège de phénomènes d'inflammations chroniques, il existe ou non des fistules, mais l'urètre est englobé sur une partie de sa longueur dans des masses calesuses; ici, on pourra songer à l'excision cunéiforme de ces masses proposée par Voillemier, à l'extirpation périurétrale des callus, conseillée par Dittel. L'excision avec le bistouri, les ciseaux, de ces tissus sclérosés, constitue une excellente pratique, mais il n'est pas toujours possible de dégager l'urètre et dans certains cas la résection s'impose, parfois sur une assez grande étendue. Aussi n'est-il pas permis de rapprocher les deux extrémités de l'urètre divisé. Une sonde à demeure, laissée pendant un temps plus long que dans le premier cas, assure la restauration du canal. La guérison, dans ce cas, demande plusieurs semaines, et si l'on veut maintenir un calibre suffisant à la portion urétrale de nouvelle formation, il faut recourir à des cathétérismes fréquents. »

L'idéal chirurgical sera donc de pratiquer l'exérèse complète des tissus périnéo-scrotaux indurés, et de rétablir d'une façon aussi parfaite que possible la perméabilité du canal. Cet idéal sera malheureusement loin d'être toujours réalisable. Le professeur Poncet fait en effet remarquer, dans son traité de l'urétrostomie périnéale, que « l'étendue des lésions, leur diffusion sur une grande longueur du canal et dans les tissus périurétraux, l'existence de fistules urinaires rebelles coïncidant quelquefois avec l'oblitération complète de la lumière urétrale en aval

du trajet néoformé peuvent, dans certaines conditions, rester au-dessus des procédés de traitement habituellement employés : urétrotomie externe, dilatation, urétrectomie, urétroplastie ».

Ces considérations, et quelques autres que nous envisagerons plus loin, ont conduit le professeur Poncet à créer, en 1891, une opération nouvelle : l'urétrostomie périnéale. L'urétrostomie a pour but d'établir un méat artificiel au périnée en arrière des bourses.

Les indications de cette opération ont été bien réglées par le professeur Poncet. Nous résumerons celles qui se rapportent aux cas que nous avons envisagés dans ce travail.

« L'urétrostomie sera indiquée chez les récidivistes des diverses urétrotomie, urétrectomie, l'insuffisance des traitements employés jusqu'alors étant une indication de recourir à une autre intervention, d'autant que les malades sont souvent des malades d'hôpital, incapables de suivre le plus souvent le traitement post-opératoire que nécessitent l'urétrotomie ou l'urétrectomie.

« En second lieu, la nature même du rétrécissement, son épaisseur, son étendue surtout peuvent rendre illusoire ou impossible toute urétrotomie, l'urétrectomie pratiquée dans ces cas laisse souvent entre les deux bouts des écarts de 6 à 7 centimètres, qui ne permettent pas une réparation convenable du canal, celle-ci étant déjà difficile à réaliser dans les écarts de 2 à 4 centimètres

« Enfin, il faut encore envisager les accidents graves du côté des voies urinaires supérieures, les malades, dans ces conditions, souffrent particulièrement de manœuvres chirurgicales répétées, telles que les cathétérismes

mes fréquents, la sonde à demeure, etc. L'urétrostomie est alors l'opération de choix parce qu'elle met définitivement l'appareil urinaire au repos. »

Nous ne pouvons, dans ce cadre étroit, entrer dans tous les détails opératoires relatifs à l'urétrostomie, nous dirons seulement que cette opération peut être définitive ou temporaire.

Dans l'urétrostomie définitive, après incision de la peau et du raphé périnéo-bulbaire, on ira à la recherche de l'urètre, le plus souvent noyé dans une gangue de tissus indurés, la possibilité d'introduire une sonde dans le canal facilitera beaucoup la manœuvre, si le rétrécissement est infranchissable, on devra suivre rigoureusement la ligne médiane dans la recherche de l'urètre. Celui-ci une fois découvert, sera sectionné autant que possible en arrière du rétrécissement, le bout postérieur disséqué sur une longueur de 10 à 15 millimètres et suturé avec les bords de la plaie périnéale.

Dans l'urétrostomie temporaire, on pratiquera l'incision du rétrécissement comme dans l'urétrotomie externe, mais l'urètre ne sera ni dissequé ni sectionné perpendiculairement, il pourra être nécessaire d'exciser quelques callosités pour suturer plus aisément la muqueuse de la boutonnière urétrale à la peau; la continuité de l'urètre n'étant pas interrompue, on pourra espérer, par la suite, rétablir à la faveur du pont supérieur qui subsiste la perméabilité du canal.

L'urétrostomie temporaire aura des indications moins fréquentes que l'urétrostomie définitive. On conçoit cependant que chez des sujets relativement jeunes, une longue période de mise au repos des lésions du bout anté-

rieur de l'urètre permet d'espérer une régression plus rapide de ces lésions. Le méat temporaire devient alors une opération parfaitement logique, assimilable, en quelque sorte, à l'anus contre nature, précédant l'ablation des cancers du rectum.

On a fait quelques objections à l'urétrostomie périnéale, on lui reproche entre autres choses d'avoir une influence quelquefois nuisible sur le moral des malades, qui, n'urinant plus par leur verge, sont obligés de s'accroupir comme les femmes pendant la miction, et surtout de compromettre gravement les fonctions génitales.

Ces objections sont plus théoriques que réelles, la plupart des malades se montrent très satisfaits d'une intervention qui supprime leurs souffrances, et ceux d'entre eux qui urinent facilement par une fistule spontanée refusent même souvent une intervention qui aurait pour but de rétablir le cours des urines. En ce qui concerne les fonctions génitales, il s'agit presque toujours de malades âgés, chez lesquels l'activité génésique touche à sa fin; l'érection est d'ailleurs encore possible, et seul le sperme est dévié de son cours, mais, comme le fait remarquer le professeur Poncet, l'intérêt de l'individu dépasse ici celui de la race.

En un mot, la valeur de semblables objections ne peut entrer en ligne de compte avec les avantages de l'urétrostomie, qui est une opération simple, dont la nécessité s'impose dans certains cas avec autant de force que la cystostomie sus-pubienne dans d'autres, avec cette différence que les malades pourvus d'un sphincter continent, peuvent jouir d'une vie active.

L'urétrostomie périnéale, malgré les légers reproches

qu'on peut lui adresser, est donc une excellente opération, elle assure d'une façon parfaite une fonction dont l'intégrité ne peut être entravée sans danger, et nous pensons, quoi qu'on puisse lui objecter, qu'il vaut mieux vivre avec un méat périnéal, que de mourir avec un urètre qui ne peut plus fonctionner.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs ligneuses périurétrales constituent une complication fréquente des rétrécissements de l'urètre avec fistules périnéo-scrotales multiples. La multiplicité des fistules paraît en effet être une condition à peu près indispensable de leur formation.

II. — Le volume de ces tumeurs varie depuis la simple induration du périnée et du scrotum, jusqu'à la production de saillies et de bosselures, qui déforment ou augmentent considérablement le volume des parties.

III. — La déviation en certains points, et particulièrement au voisinage des orifices externes des fistules, du processus fibreux, donne naissance à de véritables tumeurs végétantes (fibromes éléphantiasiques de M. Guyon).

IV. — La constitution hystologique des tumeurs ligneuses est caractérisée par la présence de bandes de tissu fibreux analogue à celle des fibromes, et de fibres lisses formant par endroits d'épais faisceaux entre-croisés (Delbet).

V. — La dégénérescence néoplasique des tumeurs ligneuses est très rare, elle a son origine habituelle dans l'épithélium pavimenteux qui tapisse le trajet des vieilles fistules. Au point de vue histologique, ces néoplasmes sont des épithéliomas pavimenteux lobulés, à tendance envahissante (Quénu).

VI. — Le diagnostic des tumeurs ligneuses est le plus souvent facile.

VII. — Les tumeurs végétantes, les fibromes éléphantiasiques particulièrement, pourront en imposer parfois pour des tumeurs de mauvaise nature.

VIII. — Cliniquement, le diagnostic de la dégénérescence néoplasique des tumeurs ligneuses est, en général, tardif. Dans les cas douteux, on fera bien de recourir au microscope pour trancher le diagnostic.

IX. — Le pronostic des tumeurs ligneuses se confond avec celui des rétrécissements de l'urètre, mais il est assombri par ce fait qu'il s'agit de rétrécissements compliqués, présentant souvent les plus grandes difficultés opératoires.

X. — L'idéal chirurgical serait évidemment de pratiquer l'exérèse complète des tissus indurés, suivie, si l'uréctomie a été inévitable, d'une restauration complète du canal par première ou par seconde intention. Dans les cas que nous avons eu spécialement en vue dans ce

travail, cet idéal sera bien souvent impossible à réaliser, on devra alors avoir recours, selon la pratique de M. le professeur Poncet, à l'urétrostomie périnéale, qui sera le premier temps de l'intervention, et bien souvent le temps définitif.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 23 juin 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — In *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet.
- ANNALES DES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, 1883, Fibromes éléphantiasiques, p. 513.
- CIVIALE. — *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*.
- DELORE et CHALIER. — Revue générale sur la tuberculose urétrale et périurétrale. *Gazette des hôpitaux*, 1908, n° 54.
- ESCOTS. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1889. Infiltration d'urine et périurétrite.
- GUIARD. — Transformation en épithélioma à marche rapide du trajet fistuleux consécutif à un rétrécissement de l'urètre. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1883.
- GUYON. — Cliniques.
- Fistules urinaires, clinique chirurgicale. Hôpital Necker. *Semaine médicale*, n° 18, avril 1883.
- MALIÈRE. — Société des sciences médicales de Lyon, séance de février 1884. *Lyon médical*, 1884.
- MONOD. — Article urètre in *Dictionnaire Dechambre*, 1886.
- PONCET. — Congrès de chirurgie, 16 mars 1888. De la résection de l'urètre ou urétréctomie dans certaines formes de rétrécissements.
- PONCET et DELORE. — *Traité de l'urétrostomie périnéale*, 1900.
- VOILLEMIER. — *Traité des maladies des organes génito-urinaires*.
- WEISS. — Fibrome éléphantiasique périnéo-scrotal développé autour de fistules urinaires, par le docteur Th. Weiss. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} octobre 1886.

8947 — IMPRIMERIES RÉUNIES, LYON

